

Paciente: Edelmira Romero	Documento: 35491134	Descripción: TV 37 N 20-12 300ch	Fecha: 2023/09/26
Entidad: NUSA EPS	Teléfono: 9016488	Consumo: 2/24	Atención: 2023/09/26
Solicitante: Edelmira Romero	Parentesco: Paciente	Teléfono: 3219968634	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130 382 252	Tipo de Servicio: Servicio técnico	Observación:
130 382 356	Recepción de cilindro de respaldo	

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	2	0	2	1	0	9	0
C. RESPALDO	6	T	A	1	3	2	1
REGULADOR 540							
C. PORTATIL							
REGULADOR 870							
CARRITO P.							

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Caroteta Contrador	\$150.000		Adaptador Soporte Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): **Se cambió el equipo por que no prende Faltaba un tubo Se entregan equipos probados y revisados en perfectas condiciones. Se entrega con el humidificador**

Funcionario Entrega: **JKU 625** Documento: **JKU 625**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo (Escribir el Motivo): **No se recoge portatil lo entregaron en la cacha**

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO):
 HUMIDIFICADOR 1 20102G
 CANULA 1 200817
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

PAGA PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:			
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
	\$	\$30.000	\$30.000

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en este Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondedatos@oxiprosas.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, partir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Edelmira Romero** Firma: **[Firma]** Huella: **[Huella]**
 Documento: **35491134** Parentesco: **Paciente**
 Teléfono: **9016488** Cel: **3219968634**
 Dirección Actual: **Cajuná vía Saucó. Ciudad Verde.**